

## Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção

Community care unit and elderly health promotion: an intervention program  
Unidad de cuidados en la comunidad y promoción de la salud en los ancianos: un programa de intervención

Tatiana Filipa Pinheiro Cardoso\*; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins\*\*; Maria Clara Duarte Monteiro\*\*\*

### Resumo

**Enquadramento:** Envelhecer saudável constitui um desafio das sociedades atuais denotando-se, ainda, pouca preocupação com este grupo etário quanto a programas de promoção da saúde.

**Objetivo:** Descrever os dados relevantes do perfil dos idosos de uma unidade de cuidados na comunidade (UCC) do norte de Portugal a fim de nos orientar para um programa de intervenção no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, com uma amostra de 1.522 idosos a viver no seu domicílio num concelho do norte de Portugal.

**Resultados:** A amostra estudada revela já dependência moderada no autocuidado, predominando a doença músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a doença endócrina e a cardiovascular. A maioria dos idosos adota estilos de vida pouco saudáveis, verificando-se diferenças entre géneros.

**Conclusão:** Os dados obtidos revelam a existência de características nos idosos que podem ser alvo de intervenção precoce pelos enfermeiros de reabilitação, através de um programa de promoção da saúde específico que responda às necessidades em saúde identificadas.

**Palavras-chave:** idoso; programa; promoção da saúde; estilo de vida; enfermagem

### Abstract

**Background:** Healthy aging is assumed as a challenge of modern societies, yet not having enough concerns for this age group in health promotion programs.

**Objectives:** Describe the relevant data of the profile to the elderly of a UCC of the north of Portugal to guide us to an intervention program in the promotion of healthy lifestyles.

**Methodology:** Quantitative, descriptive and exploratory study, with a sample of 1,522 elderly subjects of a northern municipality of Portugal.

**Results:** The studied sample shows moderate self-care dependency, being skeletal disease and osteoarticular the most frequent pathology found, followed by endocrine and cardiovascular diseases. Most of the subjects adopt unhealthy lifestyles habits while existing differences between both genders.

**Conclusion:** These findings show existing characteristics on the elderly that can be the target of an early intervention by rehabilitation nurses. This could be done through a specific health promotion program that can respond to the identified health needs.

**Keywords:** aged; program; health promotion; life style; nursing

\*MSc., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto [tatianacardoso85@gmail.com]. Contribuição no artigo: planeamento, colheita de dados, análise, elaboração e revisão do artigo.

Morada para correspondência: Rua Flores nº54, 4200-072, Vila Nova de Gaia, Porto.  
\*\*Ph.D., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto [mmartins@esenl.pt]. Contribuição no artigo: planeamento, colheita de dados, análise, elaboração e revisão do artigo.

\*\*\*MSc., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto [claramonteir@gmail.com]. Contribuição no artigo: planeamento, colheita de dados, análise, elaboração e revisão do artigo.

### Resumen

**Marco contextual:** Envejecer de forma sana constituye un desafío de las sociedades actuales. No obstante se observa que hay todavía poca preocupación por los programas de promoción de la salud en este grupo etario.

**Objetivo:** Describir los datos relevantes del perfil de los ancianos de una Unidad de Cuidados en la Comunidad (UCC) del Norte de Portugal con el objetivo de orientarnos hacia un programa de intervención en el ámbito de la promoción de estilos de vida saludables.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, con una muestra de 1.522 ancianos que viven en su domicilio en un concejo del Norte de Portugal.

**Resultados:** La muestra estudiada revela ya una dependencia moderada en el autocuidado y una predominancia de enfermedad músculoesquelética y osteoarticular, a las cuales las siguen la enfermedad endocrina y la cardiovascular. La mayoría de los ancianos adopta estilos de vida poco saludables, aunque se observan diferencias entre géneros.

**Conclusión:** Los datos obtenidos revelan la existencia de características en los ancianos que pueden ser objeto de intervención precoz por parte de los enfermeros de rehabilitación a través de un programa de promoción de la salud específico que responda a las necesidades relativas a la salud identificadas.

**Palabras clave:** anciano; programas; promoción de la salud; estilo de vida; enfermería

Recebido para publicação em: 12.10.16

Aceite para publicação em: 14.03.17

## Introdução

O processo de envelhecimento é gradual e acarreta profundas alterações biológicas, psíquicas e sociais. Ocorre a redução da capacidade de adaptação e a progressiva diminuição das reservas funcionais surgindo, desta forma, fragilidade.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) enfatiza a preocupação com o aumento da esperança de vida, reconhecendo a necessidade de intervenções dirigidas à população idosa. Contudo, este não contempla as características e percepções dos idosos, dos diferentes municípios portugueses, como sendo determinantes para a implementação de um programa de acompanhamento dos idosos, pelos enfermeiros de reabilitação que integram as unidades de cuidados na comunidade (UCC).

As UCCS são unidades que prestam cuidados de saúde de proximidade à comunidade da sua área geográfica de intervenção articulando-se, para isso, com diversos parceiros da comunidade. Os cuidados prestados assentam no diagnóstico de saúde da comunidade em questão e nas estratégias de intervenção, definidas no PNS, desenvolvendo programas e projetos de intervenção comunitária, que visam promover estilos de vida saudável e apoiar indivíduos e famílias. Assim, através de intervenções que visam a educação da população, a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de incapacidades, é possível contribuir para o aumento da qualidade de vida dos idosos/famílias, diminuindo os gastos inerentes aos processos de doença.

O presente estudo teve por objetivo geral: descrever os dados relevantes do perfil dos idosos de uma UCC do norte de Portugal a fim de nos orientar para um programa de intervenção no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, e os seguintes objetivos específicos: identificar o perfil sociodemográfico dos idosos da UCC; descrever as condições de independência nas atividades de vida e condições de saúde entre homens e mulheres; analisar os estilos de vida de forma a especificar as necessidades face à atividade física, alimentação e participação social entre homens e mulheres.

A análise apresentada integra-se num projeto de investigação mais alargado intitulado Viver bem, com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional desenvolvido a partir de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o município de Vila Nova de Famalicão.

## Enquadramento

Nas últimas décadas tem-se assistido ao aumento progressivo da população idosa e, de acordo com os resultados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), em 2011, o índice de envelhecimento da população era 131, ao passo que, em 2001, este índice era 104. Em 2013, manteve-se a tendência crescente, registando-se um índice de envelhecimento de 136.

O envelhecimento é um processo caracterizado por diversas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e incidência de processos patológicos (Fries & Pereira, 2011). Ao conceito de envelhecimento associa-se o da capacidade funcional, definido pela manutenção da autonomia e independência do idoso na sua vida diária, apesar de poder apresentar alguma limitação física, mental ou social.

Nahas (2013) refere, ainda, existir evidência de que o estilo de vida individual, definido como um conjunto de crenças, valores e atitudes que se refletem nos nossos hábitos quotidianos, apresentam um elevado impacto na saúde, determinando o quão doentes ou saudáveis os indivíduos serão, a médio e longo prazo. O mesmo autor aponta cinco fatores essenciais do estilo de vida: a nutrição, o nível de *stress*, a atividade física, o relacionamento social e o comportamento preventivo.

Os programas de promoção da saúde consistem em ações direcionadas à prevenção da exposição das pessoas a fatores condicionantes e determinantes de doenças, incentivando condutas mais adequadas, que melhoram a sua saúde e qualidade de vida. As ações de promoção da saúde no envelhecimento demonstram melhorar a qualidade de vida dos idosos, dado estimularem a participação, a

interação, a integração e o empoderamento (Araújo et al., 2011).

Neste contexto, a promoção da saúde do idoso deverá assentar no desenvolvimento de modelos operativos de prestação de cuidados que possibilitem a implementação de projetos de avaliação e intervenção, no âmbito comunitário e institucional, e que potencializem o envelhecimento ativo e bem-sucedido e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Tendo consciência de que é necessário prosseguir na prática com programas que concretizem a articulação entre as instituições da saúde e os vários parceiros da comunidade, procedeu-se à pesquisa da melhor evidência, sobre programas para idosos tendo-se constatado que ainda há um longo caminho a percorrer, sobretudo no âmbito da enfermagem.

Da pesquisa efetuada foram selecionados 10 artigos, com necessidade de alargar a pesquisa aos últimos 20 anos, dada a escassez de publicações recentes sobre a temática em questão. Como ganhos em saúde relatados com a implementação desses programas surgem: o aumento da independência funcional (Kono et al. 2012; Nuñez, Armbruster, Phillips, & Gale, 2003), da qualidade de vida e da participação social (Buijs, Ross-Kerr, Cousins, & Wilson, 2003; Nuñez et al., 2003); o aumento do conhecimento e consciencialização sobre os estilos de vida e o seu impacto na saúde (Huang, Chen, Yu, Chen, & Lin, 2002); o menor recurso a consultas médicas e internamentos (Nuñez et al., 2003), ganhos ao nível da saúde mental (Buijs et al., 2003; Kono et al., 2012).

Verifica-se, ainda, que muitas das atividades desenvolvidas são comuns aos programas implementados: a promoção do exercício físico, da interação social, da saúde mental, bem como, dos ensinamentos sobre hábitos alimentares saudáveis, prevenção e autovigilância de doenças crónicas, regime medicamentoso e segurança/quedas.

Após análise, atendendo à qualidade e eficiência consideramos o programa de Nuñez et al. (2003), pois é um programa de promoção da saúde do idoso, realizado em grupo, baseado em parcerias na comunidade, geridas por um enfermeiro e que assenta em três categorias fundamentais: Promoção da

saúde, Educação do idoso e Autovigilância de doenças crónicas.

## Questões de investigação

Quais as características das pessoas com mais de 65 anos, a viver em contexto familiar, determinantes para a elaboração de um programa de promoção da saúde? Quais as características e condições de independência nas atividades de vida, das pessoas com mais de 65 anos a viver em contexto familiar, em Vila Nova de Famalicão, que são determinantes para a elaboração de um programa de saúde, pela UCC? Quais as condições de saúde e os estilos de vida, dos idosos do município? Quais as diferenças nas necessidades identificadas nos idosos, face ao género e idade?

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com recurso ao paradigma quantitativo, tendo por finalidade a elaboração de uma proposta para um programa de intervenção que responda às necessidades de saúde identificadas na amostra estudada. Este programa destina-se, posteriormente, a ser implementado por uma UCC de Vila Nova de Famalicão.

O presente estudo decorreu do desenvolvimento do projeto de investigação da Unidade Científico Pedagógica – Enfermagem Disciplina e Profissão (UCP-EDP), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Viver bem, com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional, do grupo de Investigação *NursID: Innovation and Development in Nursing*, que integra o *Center for Health Technology and Services Research*, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CINTESIS – FMUP), aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João/FMUP 244-14.

## População e Amostra

A população em estudo foi constituída por pessoas com mais de 65 anos, a residir em contexto familiar, no município de Vila

Nova de Famalicão, sendo constituída uma amostra com características intencionais. A técnica de amostragem utilizada no estudo foi não probabilística de conveniência em bola de neve, constituída por 2.461 idosos, selecionada pelos presidentes das Juntas de Freguesia. Desta, foram retirados 1.522 idosos de 14 freguesias pertencentes à área geográfica apoiada por uma UCC.

### **Procedimento para recolha de dados**

Iniciou-se por uma formação aos presidentes das Juntas de Freguesia. Cada presidente da Junta de Freguesia indicou duas a cinco pessoas, com formação superior ou com o 12º ano, para integrar o grupo de colaboradores, o qual foi alvo de 35 horas de formação, sobre os temas: investigação social, procedimentos éticos e treino no preenchimento do questionário. A colheita de dados decorreu durante todo o ano de 2015 no domicílio ou em local indicado pelo idoso. O procedimento de colheita de dados englobou: o pedido de colaboração para a participação na investigação, a explicação acerca dos objetivos da investigação, garantindo a confidencialidade das respostas, a entrega do questionário, a negociação, com o idoso, da forma de preenchimento do questionário (autopreenchimento, ou preenchimento pelo colaborador). O consentimento foi obtido, por escrito, no cabeçalho do questionário, depois de fornecida informação acerca da investigação pelo colaborador.

### **Instrumento de recolha de dados**

O instrumento utilizado foi um questionário *ad hoc*, construído em quatro partes: I – Características sociodemográficas; II – Autonomia nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); III – Condições de Saúde; IV – Estilos de Vida.

Variáveis consideradas: sociodemográficas, independência nas atividades instrumentais de vida diária, condições de saúde, estilos de vida, atividade física, alimentação e participação social. Para a operacionalização das variáveis seguimos a seguinte especificação: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos, alfabetismo, nível de escolaridade, fonte de rendimento, profissão e coabitação); A independência nas atividades

instrumentais de vida diária (AIVDs) - Escala de Lawton e Brody, na versão de Sequeira (2007); As condições de saúde (perceção do estado de saúde, índice de massa corporal (IMC), doenças, sintomas e manifestações, quedas e regime medicamentoso); estilos de vida - Perfil do Estilo de Vida Individual (Nahas, 2013), (alimentação, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controlo *do stress*). O resultado final desta escala indica um estilo de vida positivo ou negativo; A atividade física - Questionário de Atividades Físicas Habituais (Nahas, 2013), (hábitos de atividade física nas ocupações diárias e de lazer). Do somatório resulta na seguinte classificação: 0-5 pontos *inativo*; 6-11 pontos *pouco ativo*; 12-20 pontos *moderadamente ativo* e mais de 21 pontos *muito ativo*; alimentação - Questionário de Frequência Alimentar (QFA; Nahas, 2013), (lista de alimentos, com atribuição 0 a 10) ponderado cada questão: *diariamente*; 3-6 *vezes/semana*; 1-2 *vezes/semana* e 3 *vezes/mês*, do somatório resulta: 160-200 pontos *hábitos de alimentação excelentes*; 120-159 pontos *necessita de melhorar*; inferior a 120 pontos *precisa de melhorar bastante*; participação social- envolvimento do indivíduo em ações da vida sociocomunitária: *não se aplica, sim, não, não responde*.

### **Considerações ético-legais**

Durante a realização desta investigação foram respeitados os direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética. Antes de iniciado o processo foi apresentado à Comissão de Ética para a Saúde, do Centro Hospitalar de S. João, EPE, uma vez que o presente estudo está inscrito no CINTESIS e obteve parecer favorável registado com o nº244/14. O consentimento foi feito pelo presidente da Junta ou em quem delegou.

## **Resultados**

A amostra do estudo é constituída por 560 (36,8%) idosos do sexo masculino e 962 (63,2%) do sexo feminino, maioritariamente, mulheres com idade inferior a 80 anos,

Tabela 1  
Distribuição do grau de independência, por AIVD e gênero

Atividades Instrumentais de Vida Diária	Sexo	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Usar o telefone		
Iniciativa própria	58,0	58,2
Capaz de marcar alguns números familiares	25,6	25,9
Capaz de pedir, mas não de marcar	9,1	9,8
Incapaz	7,3	6,0
Fazer compras		
Independente	61,4	59,0
Independente para pequenas compras	19,2	16,2
Necessita de ir acompanhado	10,0	11,0
Incapaz	9,4	13,9
Preparar refeições		
Organiza, prepara e serve as refeições	51,3	72,2
Prepara as refeições se fornecidos os alimentos	13,3	13,3
Prepara, aquece e serve as refeições, mas dieta inadequada	7,7	4,0
Incapaz	27,7	10,5
Realizar tarefas domésticas		
Consegue sozinho ou com ajuda ocasional para tarefas pesadas	41,8	61,7
Consegue, sozinho, tarefas ligeiras	17,8	20,9
Consegue, sozinho, tarefas ligeiras, mas nível de limpeza inadequado	9,4	7,1
Necessita de ajuda para todas as tarefas	7,1	5,7
Incapaz	23,9	4,6
Lavar a roupa		
Consegue sozinho	45,4	75,1
Consegue, sozinho, pequenas peças	9,4	10,8
Incapaz	45,2	14,1
Utilizar meios de transporte		
Sozinho em transporte público ou conduz carro	68,9	55,1
Apenas táxi	8,2	12,3
Transportes públicos quando acompanhado	4,1	5,8
Táxi ou carro com ajuda de terceiros	9,5	12,7
Não viaja	9,3	14,1
Gerir medicação		
Capaz de gerir medicação (hora e dose corretas)	77,6	75,7
Capaz se dose preparada previamente	11,2	10,4
Incapaz	11,2	13,9
Gerir assuntos financeiros		
Encarrega-se sozinho de assuntos financeiros	77,9	66,6
Ajuda em grandes compras ou banco	13,5	24,2
Incapaz de manusear dinheiro	8,6	9,2

Há diferenças estatisticamente significativas, em função do género, em todas as AIVD, exceto na utilização do telefone e na gestão da medicação.

Sobre as Condições de saúde verifica-se que 48,2% dos idosos classificam o seu estado de saúde como *bom* e 26,3% como  *muito bom*. Relativamente ao IMC, o valor médio de 29,0, que corresponde a pré-obesidade. Quanto às patologias a mais expressiva é a músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a endócrina (32,0%) e a cardiovascular (19,8%). Os principais sintomas/manifestações são a diminuição da acuidade visual e a dor músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a diminuição da acuidade auditiva e a dificuldade na

marcha. Sobre as quedas, 22,4% afirmam ter caído uma vez, nos 6 meses prévios ao preenchimento do questionário. De salientar que a casa é o local onde a queda ocorre com mais frequência (70,9%) e 56,8% tem perceção do risco de sofrer queda. No que respeita à adesão ao regime medicamentoso, 51,6% dos idosos negam alterações do regime medicamentoso, sem consentimento médico. Sobre os estilos de vida, os valores obtidos individualmente em cada componente encontram-se descritos na Tabela 2 e analisando globalmente os valores obtidos, verifica-se que 45,7% dos idosos possuem um perfil de estilo de vida negativo, com uma média de 28,63 pontos num máximo possível 45 pontos.

Tabela 2

*Descrição do perfil do estilo de vida individual*

Perfil do estilo de vida	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Alimentação</b>								
A minha alimentação diária inclui pelo menos cinco porções de fruta e hortaliças	538	35,3	286	18,8	375	24,6	323	21,2
Evito ingerir alimentos gordurosos e doces	563	37,0	326	21,4	295	19,4	338	22,2
Faço quatro a cinco refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço	93	6,1	107	7,0	346	22,7	976	64,1
<b>Actividade física</b>								
No meu tempo livre pratico atividades físicas	134	8,8	732	48,1	260	17,1	396	26,0
Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios de força e alongamento muscular	132	8,7	746	49,0	189	12,4	455	29,9
No dia-a-dia caminho ou pedalo, como meio de transporte, e uso as escadas ao invés do elevador	125	8,2	763	50,1	246	16,2	388	25,5
<b>Comportamento preventivo</b>								
Conheço a minha tensão arterial e os meus níveis de colesterol e procuro controlá-los	116	7,6	357	23,5	188	12,4	861	56,6
Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo)	125	8,2	387	25,4	182	12,0	828	54,4



Respeito as normas de trânsito e quando conduz uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool	147	9,7	169	11,1	143	9,4	1063	69,8
Comportamento relacional								
Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos	133	8,7	237	15,6	202	13,3	950	62,4
No meu tempo livre procuro encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participo em associações ou entidades sociais	155	10,2	342	22,5	308	20,2	717	47,1
Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social	156	10,2	292	19,2	379	24,9	695	45,7
Controlo do stress								
Reservo tempo (pelo menos 5 min.) todos os dias para relaxar	167	11,0	500	32,9	288	18,9	567	37,3
Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	166	10,9	347	22,8	423	27,8	586	38,5
Equilíbrio o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer	157	10,3	426	28,0	340	22,3	599	39,4

Sobre a atividade física verifica-se que 30% incluem sempre a atividade física no seu dia-a-dia e 8,5% não a incluem no seu estilo de vida. O comportamento relacional, verifica-se que 10% não inclui este tipo de comportamento no seu quotidiano. Os resultados revelam que 10% dos idosos não têm em conta um controlo de *stress* adequado. Ana-

lisando as médias obtidas nos cinco componentes do perfil do estilo de vida, verifica-se que o componente com pontuação inferior diz respeito à atividade física (=4,83). Sobre a atividade física habitual dos idosos verificamos que 70% dos idosos são inativos ou pouco ativos, tal como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3

*Classificação da atividade física dos idosos, por género, de acordo com o Questionário de Atividades Físicas Habituais*

Classificação da Atividade Física dos Idosos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inativo	247	16,2	412	27,1	659	43,3
Pouco Ativo	171	11,2	234	15,4	405	26,6
Moderadamente Ativo	113	7,4	235	15,4	348	22,9
Muito Ativo	29	1,9	81	5,3	110	7,2

Sobre a alimentação o resultado indica que 63,4% dos idosos necessitam de melhorar muito a qualidade da sua alimentação

e apenas 5,5% praticam uma alimentação excelente, tal como se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4

*Classificação da alimentação dos idosos, por gênero, de acordo com o Questionário de Frequência Alimentar*

Classificação da Alimentação dos Idosos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Excelente	31	2,0	54	3,5	85	5,5
Equilibrada, mas pode melhorar	186	12,2	286	18,8	472	31,0
Precisa de melhorar muito	343	22,5	622	40,9	965	63,4

Quanto à participação social, os resultados obtidos demonstram que a maioria dos idosos (53,2%) não participa em atividades sociais. Com base nos achados obtidos procurou-se o desenho do programa considerando que existem diferentes características para homens e mulheres. Relativamente às diferenças de gênero, no que concerne à autonomia nas AIVD, obteve-se:  $X^2 = 8,822$ ; gl = 2;  $p = 0,012$ , apresentando-se o sexo feminino, globalmente mais autônomo. Ao analisarmos, individualmente, cada AIVD, verifica-se que os homens são mais autônomos: a fazer compras ( $X^2 = 8,006$ ; gl = 3;  $p = 0,046$ ), a utilizar meios de transporte ( $X^2 = 27,141$ ; gl = 4;  $p = 0,001$ ) e na gestão de assuntos financeiros ( $X^2 = 22,855$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ ), sendo, por sua vez, as mulheres mais autônomas a preparar refeições ( $X^2 = 84,108$ ; gl = 3;  $p = 0,001$ ), a realizar tarefas domésticas ( $X^2 = 137,128$ ; gl = 4;  $p = 0,001$ ) e a lavar roupa ( $X^2 = 156,425$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ ).

Relativamente ao perfil de estilo de vida, verifica-se que nos hábitos alimentares, o sexo masculino apresenta melhores resultados ( $X^2 = 12,758$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ), em oposição ao que se constata, relativamente ao controlo de *stress* ( $X^2 = 4,789$ ; gl = 1;  $p = 0,034$ ). No que se reporta à atividade física nas atividades ocupacionais diárias, o sexo masculino é o que mais se desloca, diariamente, a pé ou de bicicleta ( $X^2 = 17,215$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ) e que prefere ao uso de escadas ao elevador ( $X^2 = 5,496$ ; gl = 1;  $p = 0,019$ ); exercícios aeróbios fortes, mais realizados por mulheres uma vez por semana ( $X^2 = 10,853$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ) e

duas vezes por semana ( $X^2 = 18,710$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ); exercícios de flexibilidade e concentração, como sejam, o ioga e o tai-chi-chuan, mais praticados pelo sexo feminino ( $X^2 = 4,592$ ; gl = 1;  $p = 0,04$ ); exercícios de relaxamento, preferidos pelas mulheres ( $X^2 = 6,865$ ; gl = 1;  $p = 0,010$ ); atividades físicas diárias moderadas ( $X^2 = 9,917$ ; gl = 1;  $p = 0,002$ ) e intensas ( $X^2 = 6,007$ ; gl = 1;  $p = 0,016$ ) realizadas, sobretudo, pelo sexo feminino, embora este refira passar a maior parte do tempo sentado ou caminhar curtas distâncias ( $X^2 = 4,833$ ; gl = 1;  $p = 0,029$ ).

No que concerne à alfabetização, o sexo masculino, para além de apresentar mais habilitações literárias do que o sexo oposto ( $X^2 = 56,270$ ; gl = 9;  $p = 0,001$ ), apresenta melhor resultado no que respeita o *saber ler* ( $X^2 = 9,934$ ; gl = 1;  $p = 0,002$ ) e *saber escrever* ( $X^2 = 18,057$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ).

Relativamente às patologias, verifica-se que a músculo-esquelética e osteoarticular e a patologia psiquiátrica apresentam valores significativamente superiores nas mulheres:  $X^2 = 19,814$ ; gl = 2;  $p = 0,001$  e  $X^2 = 19,764$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ , respetivamente. No que aos sintomas/manifestações diz respeito, também, de uma forma geral, estes afetam principalmente o sexo feminino no que respeita: à perda de urina ( $X^2 = 13,514$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ ), ao sentimento de tristeza persistente ( $X^2 = 14,087$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ ), às alterações de memória ( $X^2 = 9,104$ ; gl = 2;  $p = 0,011$ ), à dor músculo-esquelética e osteoarticular ( $X^2 = 14,316$ ; gl = 2;  $p = 0,001$ ), à dificuldade em andar ( $X^2 = 11,327$ ; gl = 2;  $p = 0,003$ ) e aos de-



sequilíbrios constantes ( $X^2 = 12,282$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,002$ ).

Também, nas quedas se constatarem diferenças estatisticamente significativas, entre homens e mulheres ( $X^2 = 16,747$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0,001$ ). Enquanto, 76,5% dos homens afirmam não ter sofrido nenhuma queda, nas mulheres o valor obtido é 65,7%.

## Discussão

Em Portugal, a esperança média de vida das mulheres 82,79 anos, ao passo que, os homens vivem em média 76,91 anos (INE, 2014), neste estudo a média de idades dos participantes de 73,5 anos e constatou-se que a amostra é constituída, maioritariamente, por mulheres (560 homens e 962 mulheres), à semelhança do panorama nacional, em que “a população idosa é predominantemente composta por mulheres, porque estas tendem a viver mais do que os homens” (INE, 2014, p. 2).

Nesta amostra 39,0% não possui qualquer tipo de escolaridade e, cerca de metade, possui apenas o 1º ciclo (50,1%), de salientar, no que respeita à alfabetização dos idosos, que os homens apresentam melhores resultados, facto que poderá ser explicado pela exclusão da mulher da escola, que ocorreu no passado (Menezes, 2013). Relativamente à participação nas AIVD, Ferreira (2011) refere que a maioria dos idosos está limitada na sua independência, os dados corroboram com esta informação, uma vez que a maioria (55,2%) é moderadamente dependente.

A doença mais expressiva é a músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a endócrina e a cardiovascular, tal como no estudo realizado por Lebrão e Laurenti (2005).

Por sua vez, a diminuição da acuidade visual e auditiva são dois dos principais sintomas/manifestações, que podem predispor a alterações no equilíbrio, a dependência funcional e a episódios de quedas (Palma, 2012).

Por outro lado, verifica-se que 30,4% dos idosos apresentaram pelo menos uma que-

da, nos 6 meses prévios ao preenchimento do questionário e 58,9% referem ter sofrido lesões. Segundo dados do relatório 2006-2008 de Acidentes Domésticos e de Lazer, a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa, sendo a queda o acidente mais frequente. O sexo feminino sofre mais quedas, do que o sexo oposto, e com consequências mais graves, corroborando com os estudos de Fhon et al. (2012) e de Palma (2012).

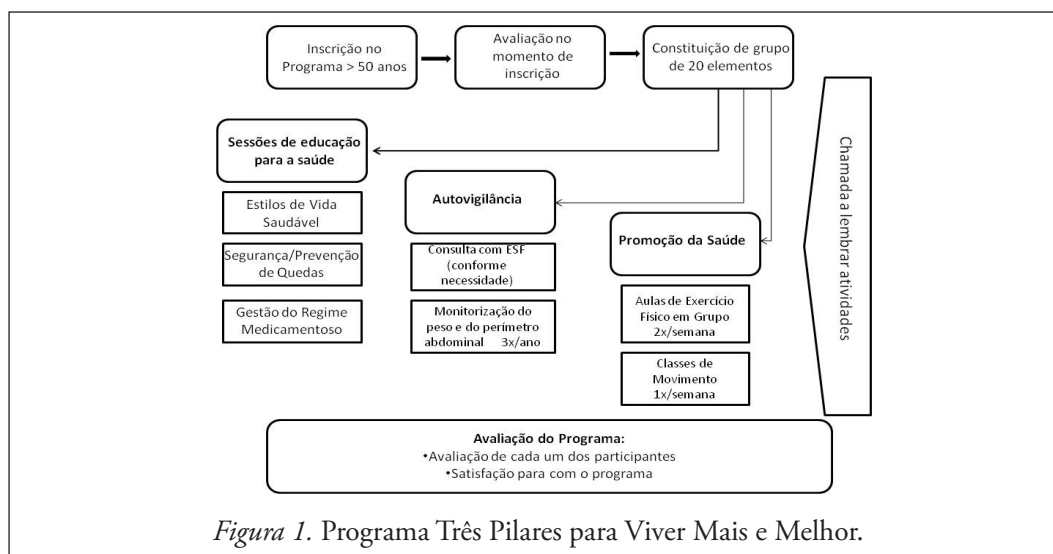
Em relação à gestão do regime medicamentoso a maioria dos idosos nega o esquecimento ou a alteração da sua medicação, contudo sabe-se que a polimedicação, constitui um fator predisponente a duplicações ou doses inadequadas do regime medicamentoso (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Verificamos que os idosos referem um perfil negativo de estilo de vida, que assume ser quase metade da amostra (45,7%) e, quando analisamos os cinco componentes constatamos que os melhores resultados se associam ao comportamento preventivo e os piores à atividade física, recordando que a longevidade depende muito dos comportamentos individuais, o envelhecimento saudável carece de intervenção precoce (Nahas, 2013).

A alimentação, assume um importante destaque no estudo realizado por Malta, Papini, e Corrente (2013), que avalia a alimentação dos idosos de um município, e no qual se obteve resultado semelhante ao do presente estudo, tendo-se concluído que os idosos precisam de melhorar a sua alimentação. Importa referir, também, que os homens parecem alimentar-se melhor, já que obtiveram melhores resultados.

De salientar que a maioria dos idosos (53,2%) não participa em atividades sociais, o que poderá ter repercussões, uma vez que um nível de participação social satisfatório está associado ao envelhecimento bem-sucedido (Gorjão, 2011).

Analisando os resultados obtidos, elaborou-se um programa de promoção da saúde do idoso, baseado no modelo de Nuñez et al. (2003), tal como demonstra a Figura 1.



De referir que, as aulas de exercício físico serão especificadas face ao género, como se pode verificar na Figura 2. Dado que a doença músculo-esquelética e osteoarticular atinge mais as mulheres, propõe-se a realização de uma das duas aulas semanais na piscina municipal, diminuindo, assim, a dor e possibilitando exercícios que seriam difíceis no solo.

Já a segunda aula semanal, de exercício físico em grupo, do sexo feminino, englobará exercícios de Kegel e abdominais hipopressivos, que revelam bons resultados na prevenção da incontinência urinária (Silva & D'Elboux, 2012). Os exercícios

de treino de equilíbrio, para a prevenção de quedas, serão mais frequentes para sexo feminino. Para o sexo masculino serão reforçados exercício para controlo de *stress* e flexibilidade, concentração e relaxamento.

Assim, para além da classe de movimento conjunta com o sexo oposto, pretende-se que os homens frequentem, semanalmente, uma aula baseada no método Pilates e Ioga, com benefícios conhecidos (Cogo, Pizzato, & Vargas, 2014) e uma aula de fortalecimento muscular e exercícios aeróbios, já que a doença endócrina e cardiovascular apresentaram importante figuração na amostra estudada.

Atividades	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
<b>Educação Para a Saúde</b>												
Estilos de Vida	✓	✓	✓									
Segurança/ Prevenção de Quedas				✓								
Promoção da Autonomia nas AVD's					✓							
Gestão do Regime Medicamentoso						✓						
<b>Autovigilância</b>												
Monitorização do peso	✓					✓						✓
Monitorização do perímetro abdominal	✓					✓						✓
<b>Promoção da Saúde</b>												
Aula de exercício físico em solo	2x/sem 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀	2x/sem. 1x/sem.♀
Aula de exercício físico em água	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂	1x/sem.♂
Classe de movimento	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀	1x/sem.♂ 1x/sem.♀
<b>Avaliação</b>												
Escala de Faces	✓											✓
Índice de Tinetti	✓											✓
Perfil de Estilo de Vida	✓											✓
QFA	✓											✓
Escala de Lawton e Brody	✓											✓

**Figura 2. Cronograma do programa “Três Pilares para Viver Mais e Melhor”.** Seguindo esta proposta pretende-se, posteriormente, validar este modelo de programa nesta população.

## Conclusão

Os progressos científicos e sociais, que permitiram melhorar as condições de vida da população, vieram aumentar a longevidade e a esperança de vida, particularmente nos países mais desenvolvidos, assistindo-se, paralelamente, ao aumento de doenças crônicas e de incapacidades.

Este estudo contribui para aprofundar conhecimentos sobre um grupo etário em franco crescimento na nossa população, propondo um programa local de intervenção para ser implementado por enfermeiros de reabilitação, que terá de ser validado após a sua aplicação, pelo período de um ano. Conclui-se que há estilos de vida negativos nos idosos e diferenças entre homens e mulheres, necessitando da implementação de um programa controlado. Aprofundando as diferenças de género encontradas, sugere-se que idosos do sexo feminino e masculino tenham ligeiras diferenças nas intervenções do programa. Face às necessidades identificadas nos idosos, com as particularidades de cada género, propõe-se a realização de um programa de promoção da saúde dos idosos pela UCC, recorrendo, para isso, ao estabelecimento de parcerias na comunidade e à articulação com a equipa de saúde familiar, de cada idoso. Face ao tamanho da amostra e, embora esteja limitado a uma UCC, pode-se afirmar que o estudo contribui para uma visão mais global da intervenção local, bem como para a orientação de novos projetos no campo em estudo podendo, ainda, servir para a reflexão em processos formativos dos enfermeiros. Salienta-se como fragilidade imputável às limitações de um estudo de cariz meramente descritivo e exploratório realizado num só município e a necessidade de ser testado na população a que se destina. Para pesquisas futuras, seria importante comparar idosos de vários municípios e idosos abrangidos pelo programa de promoção da saúde sugerido, com os que não sofreram intervenção.

## Referências bibliográficas

- Araújo, L. F., Coelho, C. G., Mendonça, E. T., Vaz, A. V., Siqueira-Batista, R., & Cotta, R. M. (2011). Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 80-86. doi: 10.1590/S1020-49892011000700012
- Buijs, R., Ross-Kerr, J., Cousins, S. O., & Wilson, D. (2003). Promoting Participation: Evaluation of a Health Promotion Program for Low Income Seniors. *Journal of Community Health Nursing*, 20(2), 93-107. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12738576>.
- Cogo, T. C., Pizzato, S. R., & Vargas, A. C. (2014). O método pilates como recurso no aumento de flexibilidade e da resistência muscular: Pesquisa bibliográfica. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 19(193). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd193/o-metodo-pilates-flexibilidade-e-resistencia.htm>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Reconciliação da medicação* (Norma nº 018/2016 de 30/12/2016). Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016.aspx>
- Ferreira, J. F. (2011). *Autonomia e funções cognitivas numa amostra de idosos de Coimbra sob resposta social* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/117>
- Fhon, J. R., Wehbe, S. C., Vendruscolo, T. R., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. A. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(5), 927-924. doi: 10.1590/S0104-11692012000500015
- Fries, A. T., & Pereira, D. C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto e Saúde*, 10(20), 507-514. doi: 10.21527/2176-7114.2011.20.507-514
- Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento activo: O papel da participação social construção e validação de um instrumento* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10071/4555>
- Huang, L. H., Chen, S. W., Yu, Y. P., Chen, P. R., & Lin, Y. C. (2002). The Effectiveness of Health Promotion Education Programs for Community Elderly. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 261-270. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12522739>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Dia mundial da população*. Lisboa, Portugal: Autor
- Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiya, K., & Rubenstein, L. Z. (2012). Effects of a Preventive Home Visit Program in Ambulatory Frail Older People: A Randomized Controlled

- Trial. *Journal of Gerontology*, 67(3), 302–309. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22016361>.
- Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: O estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 127-141. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005
- Malta, M. B., Papini, S. J., & Corrente, J. E. (2013). Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: Aplicação do índice de alimentação saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 377-384. doi: 10.1590/S1413-81232013000200009
- Menezes, M. P. (2013). *A Discriminação de Gênero na Escola*. Itabaiana: Gepiadde, 13(7). Recuperado de <https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/viewFile/1710/1501>
- Nahas, M. V. (2013). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável* (6ª ed.). Londrina, Brasil: Midiograf.
- Núñez, D. E., Armbruster, C., Phillips, W. T., & Gale, B. J. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: The escalante health partnerships. *Public Health Nursing*, 20(1), 25–32. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20104.x
- Palma, C. S. (2012). *Quedas nos idosos: Do risco à prevenção* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/3975>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Silva, V., & D'Elboux, M. (2012). *Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: Uma revisão integrativa*. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 46(5), 1221-1226. doi: 10.1590/S0080-62342012000500026